

# Improving Health Begins at Home

Should Johnny go to school with a cold? Should the doctor be called about Mary's fever? That kind of breakfast table diagnosis often turns the North American home into the front line of health care.

In Colombia, where one third of the population of 24 million has never visited a doctor, home health decisions — and treatment — are usually more necessary.

A simplified medical scheme supported by the International Development Research Centre in Colombia recognizes the home as the basic health unit. Started last August in the western part of the country, it seeks to identify members of a household who can decide what to do, or not to do, when other members of the family are sick.

Part of a five-year integral rural development initiative by the Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER) at the Universidad del Valle, the program is centred on the village of Villarrica (pop. 4,000) in the sugar cane and cattle farming area of the Cauca Valley, 25 miles south of Cali. It is headed by the former chairman of the university's department of social medicine, Oscar Echeverri, an ebullient public health specialist in his mid-thirties, who gave up his chairmanship to direct CIMDER's activities.

In a recent interview in Villarrica, he said: "We are trying to reach the person in the family who takes health decisions, and to provide that person with sufficient information so that his or her decisions are more rational."

Dr. Echeverri added that the health decision-maker varies from family to family. In one household, it may be the mother, in another the father, and in a third a grandmother or aunt.

Groups of six to eight family health leaders living close to each other will be brought together regularly in "family unions" for meetings attended by rural health promoters. Dr. Echeverri sees these family unions as having two main functions.

On one hand, there will be forums for discussing household health problems and remedies which the decision-makers can apply at home. Hopefully, the groups also will generate discussions about community health problems such as poor sanitation. Less than 10 per cent of the houses in Villarrica have running water, for example.

"We're hoping the family health leaders will put forward some suggestions," Dr. Echeverri said optimistically.

Medical problems in Villarrica and the surrounding 350-square mile area, with a total population of 48,000, are formidable but not necessarily worse than elsewhere in Colombia. Almost 90 per cent of the people suffer from some form of intestinal parasite. Half the deaths in the area are caused by diarrhea and gastroenteritis, which strike the young particularly and help account for an infant mortality rate of 79 per thousand. Between 60 and 70 per cent of Villarrica residents are black and many suffer from sickle cell anemia, which affects this racial group. The village is served now by a government-run health unit staffed part-time by a young intern and a nurse.

# La bonne santé débute à la maison

Johnny devrait-il aller à l'école, enrhumé comme il est? Marie a la fièvre: devrions-nous appeler le docteur? Voilà le genre de discussion du petit déjeuner qui amène la famille nord-américaine dans la bataille de la santé.

En Colombie, pays de 24 millions d'habitants où un tiers de la population n'a jamais consulté de docteur, il est encore plus nécessaire, devant la maladie, que les décisions et le traitement prennent place à la maison.

Le Centre de Recherches pour le Développement International a financé en Colombie un programme médical simple qui prend le foyer pour "unité médicale de base." Les chercheurs se sont rendus d'abord, en août dernier, dans la partie occidentale du pays. Leur mission était de déterminer, dans les foyers, les personnes capables de décider ce qu'il faut faire — ou ne pas faire — quand d'autres membres de la famille sont malades.

Le programme fait partie d'un plan quinquennal de développement rural intégral dû à l'initiative du Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER) de l'Universidad del Valle. Il prend pour cible le village de Villarrica (4,000 habitants) situé dans la région de culture de la canne à sucre et d'élevage de bétail de la vallée de la Cauca, à 25 milles au sud de Cali. Le groupe a pour chef l'ancien président du département de médecine sociale de l'Université del Valle, M. Oscar Echeverri, un dynamique spécialiste des questions de santé publique dans la trentaine, qui a démissionné de sa présidence pour pouvoir se consacrer aux activités du CIMDER.

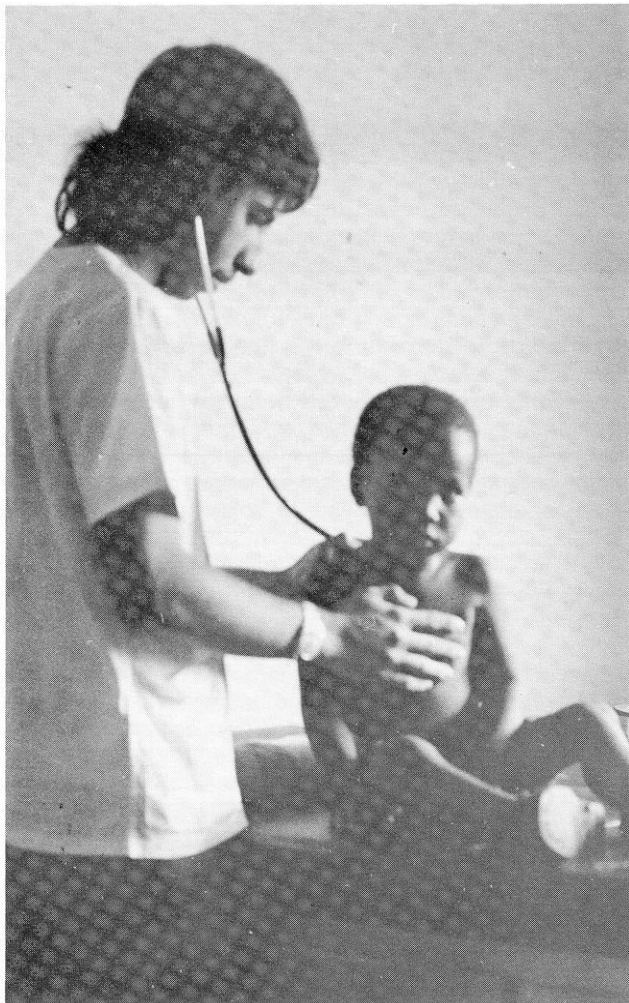
Dans une récente interview à Villarrica, il a déclaré: "Nous essayons de joindre la personne de la famille qui prend les décisions, quand la maladie s'installe au foyer et d'éduquer cette personne suffisamment, de sorte qu'elle prenne des décisions plus rationnelles."

Cette personne varie d'un foyer à l'autre, a-t-il dit. Dans l'un c'est la mère, dans l'autre le père, dans un troisième la grand-mère ou la tante.

On réunira de temps à autre de six à huit des chefs médicaux de familles voisines les unes des autres. Ils formeront un groupe appelé, l'"union familiale" qui rencontrera, au cours de réunions organisées, des "promoteurs de la santé rurale." Le Dr Echeverri pense que ces "unions familiales" auront deux fonctions principales.

D'une part, elles constitueront un forum où seront discutés les cas de maladie qui se présentent dans les foyers et indiqués les remèdes que les responsables pourront appliquer à la maison. On peut espérer, d'autre part, que les groupes entameront des discussions sur des problèmes sanitaires locaux tels que le manque d'hygiène. Citons l'eau courante, qui fait défaut dans plus de 90 pour cent des maisons de Villarrica.

"Nous espérons que les chefs médicaux des familles avanceront quelques suggestions," a dit le Dr Echeverri, non sans optimisme.



*Intern at work in the village clinic*

*Auxiliaire auscultant un jeune enfant à la clinique du village*

The rural health promoters or *promotoras* may well prove the key to the success of the program to extend low-cost health care to more people. Selected on the basis of age, sex, standing in the community and their own health, *promotoras* are generally older neighborhood women. They will be given brief courses in public health nursing; the first group of 10 recently underwent training.

In addition to organizing family unions, *promotoras* will make daily rounds in their neighborhood to contact family health leaders and provide advice when needed. Each promoter will be responsible for an area within a radius of two kilometers or 1.25 miles from her own home.

"The idea," Dr. Echeverri said, "is that she should not walk more than eight kilometers (five miles) a day, coming and going."

If she runs into difficulties, she will be able to seek medical advice or assistance for anyone in her area, from medical personnel who are part of a group of a dozen professionals, including architects, engineers, agronomists, economists and sociologists, working with the project. In addition to responding to specific calls

Dans Villarrica et les 350 milles carrés de la région environnante qui compte une population totale de 48,000 habitants, les problèmes médicaux sont formidables, mais non nécessairement pires qu'ailleurs en Colombie. Près de 90 pour cent de la population souffre d'une forme ou d'une autre de parasitisme intestinal. La moitié des décès sont dus à la diarrhée et à la gastroentérite, fléaux qui frappent particulièrement les jeunes et entrent pour une grande part dans le taux de la mortalité infantile, qui est de 79 pour mille. Entre 60 et 70 pour cent des habitants de Villarrica sont des Noirs, dont beaucoup souffrent d'une anémie globulaire particulière à ce groupe racial. Le village bénéficie maintenant des services d'une unité sanitaire créée par le gouvernement et dotée à temps partiel d'un jeune interne et d'une infirmière.

Dans ce programme qui vise à assurer à un plus grand nombre de personnes un service de santé peu coûteux, la clef du succès pourrait bien être détenue par ces "promoteurs de la santé publique" qui sont le plus souvent des "promotrices," des femmes âgées du voisinage, choisies selon des critères d'âge, de sexe, d'importance sociale et, bien sûr, de santé personnelle. On les appelle ici des *promotoras*. Elles vont être appelées à suivre de brefs cours d'infirmières de la santé publique; une dizaine d'entre elles sont actuellement en cours de formation.

Les *promotoras* seront chargées d'organiser les "unions familiales" dont nous venons de parler. Elles feront, en outre, des tournées quotidiennes dans leur voisinage pour rencontrer les chefs médicaux des familles et donner des conseils si nécessaire. Leur secteur de travail s'étendra à 2 kilomètres (1.25 mille) autour de leur maison. "On ne veut pas qu'elles parcourent journalièrement plus de 8 kilomètres (5 milles) en allées et venues," a dit le Dr Echeverri.

Si elles rencontrent des difficultés, elles trouveront avis et assistance pour toute personne de leur secteur auprès d'un personnel médical recruté parmi des spécialistes qui participent à ce programme, une douzaine de personnes, parmi lesquelles des architectes, des ingénieurs, des agronomes, des économistes et des sociologues. Ce personnel médical (médecins et infirmières) répondra donc aux appels des *promotoras* mais il visitera également les familles rurales deux ou trois fois par an, aux fins de dresser leur bilan de santé.

Le Dr Echeverri a souligné que l'expérience présentement conduite à Villarrica est davantage qu'un simple programme de santé rurale. "A notre connaissance, a-t-il dit fièrement, c'est la première fois qu'en Amérique latine on s'attaque officiellement et intégralement au faible niveau de bien-être des populations rurales."

"Ce n'est pas qu'on n'ait pas pris dans le passé des initiatives en vue de relever le niveau des services de santé à la campagne, a-t-il ajouté, mais on traitait le plus souvent un problème après l'autre, sans plan d'ensemble. On s'attachait à traiter la maladie sans accorder suffisamment d'attention aux conditions économiques et sociales responsables du mauvais état de santé."

Nous devons l'admettre, lorsqu'en 1968 des étudiants et des membres du personnel de diverses facultés de l'Universidad del Valle, y compris le département de médecine sociale, ont formé le Centro de Investigaciones Multidisciplinarias de Salud (CIMS)

by *promotoras*, doctors and nurses on the team will visit rural families two or three times a year to conduct check-ups.

Dr. Echeverri emphasized that the Villarrica experiment is more than merely a rural health scheme. He said proudly, "As far as we know, this is the first formal attempt in Latin America to attack the low level of well-being of rural populations on an integral basis."

Most earlier efforts to upgrade rural health services, he said, have been undertaken on a piecemeal basis. They have often concentrated on treating disease without taking into proper account the social and economic conditions responsible for poor health.

In fact, in 1968 when students and staff from various Universidad del Valle faculties, including the department of social medicine, formed the Centro de Investigaciones Multidisciplinarias de Salud (CIMS) to examine conditions in rural communities, they were mainly interested in improving health. But, Dr. Echeverri noted, "We soon agreed that the problem was really not just one of health but one of overall well-being. That was fine, we could agree to try to increase well-being, but what did we mean by well-being?"

A doctor's notion of well-being did not necessarily match an economist's definition, which did not conform to that suggested by a sociologist or engineer. By 1972, the group had expanded its scope and title to cover rural development and not merely health. Members were, according to Dr. Echeverri, "talking the same language." They agreed that well-being is a function of health but it is also closely related to social conditions and the style and standard of life. To improve one component, such as health, one also would have to harness the community's resources of land, capital and labor to upgrade other elements contributing to well-being.

A health scheme must work within and in conjunction with a strong and widely-based community development program, Dr. Echeverri argued. In Villarrica, the CIMDER group is working in agriculture. Peasants in the district have a difficult time holding on to their land. Many have sold their plots averaging 3.5 acres to neighboring sugar and cattle *latifundias* or large farmers. As a consequence, half the *campesinos* near Villarrica are landless and totally dependent upon the large landowners for employment.

"An important measure of our overall program will be seeing if the rate of absorption by the *latifundias* has decreased after five years," Dr. Echeverri noted.

Whether or not the experiment is worth repeating in other parts of Latin America will depend partly on whether or not a simplified, self-sustaining rural health scheme is functioning after five years of funding by IDRC (\$711,385, mainly for transportation and salaries), the state government of Cauca (\$244,200) and the Universidad del Valle (\$81,660). The villagers will face a challenge to find operating expenses after outside support ends. But, Dr. Echeverri suggested, these funds may well be generated within the community itself once the local economic base has been strengthened, possibly with the help of loans from the *Caja Agraria*, Colombia's farm development bank.

"We want to teach the *campesino* where the money is and how to get it," he concluded. "We're not going to get it for him. He already depends increasingly on the paternalism of the big landowners for work. We don't want to make him dependent on another form of paternalism."

— NORDAHL FLAKSTAD

pour examiner les conditions de vie en milieu rural, ils s'intéressaient principalement à l'amélioration de la santé des habitants, mais, a ajouté le Dr Echeverri "nous nous sommes vite aperçus que l'état de santé n'était qu'une partie du problème, qu'il fallait considérer également les conditions de vie générales de la population. D'accord, nous reconnaissons qu'il fallait améliorer ces conditions de vie, augmenter le "bien-être", mais qu'entendions-nous par cette expression, le bien-être?"

L'idée que se fait un docteur du "bien-être" ne cadre pas nécessairement avec la conception qu'en a un économiste, lequel sera peut-être en désaccord avec le sociologue ou l'ingénieur. Cependant, dès 1972, le groupe avait élargi sa mission et ses attributions: il s'intéresserait désormais à tout le développement rural et non seulement à l'état sanitaire des campagnes. Pour reprendre l'expression du Dr Echeverri, ses membres "parlaient le même langage." Ils avaient reconnu que le "bien-être" est fonction de la santé, mais dépend étroitement aussi des conditions sociales, du genre et du niveau de vie. Pour améliorer un des facteurs du bien-être, nommément la santé, il faudrait encore mettre en valeur les ressources locales en terres, en capital et en travail, afin d'améliorer les autres éléments qui contribuent au bien-être.

Un programme médical, a dit le Dr Echeverri, doit être mis en oeuvre à l'intérieur d'un programme de développement local fortement et largement établi et en conjonction avec celui-ci. A Villarrica, le groupe CIMDER travaille en milieu agricole. Les paysans du district ont de la difficulté à vivre du produit de leurs terres, des parcelles de 3.5 acres en moyenne. Ils sont donc amenés à les vendre aux grandes exploitations voisines de canne à sucre ou d'élevage du bétail ("latifundia") ou à de gros fermiers. Par suite de ces ventes, la moitié des paysans ("campesinos") des environs de Villarrica sont dépourvus de terres et dépendent complètement des gros propriétaires pour obtenir du travail.

"On pourra juger de l'importance de notre programme d'ensemble si, dans cinq ans, le taux d'absorption des terres paysannes par les grands domaines a baissé," a prédit le Dr Echeverri.

L'expérience vaudra-t-elle d'être répétée ailleurs en Amérique latine, il faudra, pour le savoir, être en mesure de répondre à une autre question: un programme médical de soins ruraux, simple dans ses buts et dans sa structure, mais réduit à l'auto-financement après cinq ans de subventions du CRDI (\$711,385, pour les transports et les salaires principalement) du Gouvernement de Cauca (\$244,200) et de l'Universidad del Valle (\$81,660), pourra-t-il tenir? Sans doute les villageois auront de la difficulté à trouver les fonds nécessaires pour couvrir les dépenses d'exploitation du programme après la fin des subventions extérieures, mais, a opiné le Dr Echeverri, ces fonds pourraient bien se trouver sur place lorsque l'économie locale aura été renforcée, peut-être grâce à l'aide de prêts que consentirait la *Caja Agraria*, la caisse de crédit agricole de la Colombie.

"Nous voulons enseigner aux paysans où se trouve l'argent et comment l'obtenir," a-t-il conclu. "Nous n'allons pas aller le chercher à leur place. Ils dépendent de plus en plus du bon vouloir des gros propriétaires pour obtenir du travail. Nous ne voulons pas leur faire subir une autre forme de paternalisme."

— NORDAHL FLAKSTAD